

TORSIONS INTRA-ABDOMINALES DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BOUCHET 

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à LYON le 11 Septembre 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

TORSIONS INTRA-ABDOMINALES
DU GRAND ÉPIPLOON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 132

TORSIONS INTRA-ABDOMINALES DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BOUCHET 

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né à LYON le 11 Septembre 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, président ; BONNET, assesseur ;
SANTY et DUNET J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DES MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE, LE DOCTEUR BOUCHET

Qui nous éleva dans une atmosphère de devoir et de conscience professionnelle.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A MA MERE

Dont l'affection et l'amitié furent un guide précieux pour nous dans la vie.

A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

MM.

BRET, Médecin honoraire des Hôpitaux,

TIXIER, Professeur de Clinique Chirurgicale ;

BARJON, Médecin honoraire des Hôpitaux.

EXTERNAT

MM.

GONNET, Accoucheur des Hôpitaux,

LAROYENNE, Chirurgien des Hôpitaux ;

BONNET, Médecin de l'Antiquaille ;

BONNAMOUR, Médecin des Hôpitaux ;

PATEL, Chirurgien des Hôpitaux ;

WEIL, Professeur de Clinique Infantile (In mémoriam) ;

PALLASSE, Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE

INTERNAT

MM.

GIRARD, Chirurgien Urologiste des Hôpitaux,

SALVA, Ophtalmologiste des Hôpitaux ;

TERMIER, Chirurgien honoraire des Hôpitaux ;

PERRIOL, Professeur de Clinique Chirurgicale ;

BONNIOT, Chirurgien des Hôpitaux ;

SAUVAGE, Chef de Clinique Chirurgicale ;

SAPPEY, Médecin des Hôpitaux ;

PEYRIN, Accoucheur des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PATEL,
Professeur de Chirurgie opératoire
à la Faculté de Médecine ; Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous savons tout ce que nous devons à notre Maître, qui nous a grandement honoré de son affectueuse estime. — Nous lui adressons nos sincères remerciements pour nous avoir inspiré notre thèse, et pour l'honneur qu'il nous fait d'en accepter la Présidence.

Nous avons contracté vis-à-vis de lui une dette de reconnaissance que nous n'oublierons jamais.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui adressons tous nos remerciements pour les dessins qu'il a bien voulu nous communiquer, et qui ont permis d'illustrer notre thèse.

A MES JUGES

TORSIONS INTRA-ABDOMINALES DU GRAND ÉPIPLOON

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La torsion de l'épiploon est un fait anatomique, qui fut longtemps considéré comme exceptionnel.

Depuis quelques années, ces torsions épiploïques ont été bien étudiées, nettement individualisées, et dégagées du cadre des épiploïtes avec lesquelles on les avait longtemps confondues.

LEPARS, dans la *Semaine Médicale* de février 1907, en a fait une étude devenue classique. — AIMES, en 1920, dans la « Chirurgie du Grand Epiploon » et FIÈRE, dans sa thèse (1922) ont mis au point la question.

Enfin, MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL, dans son « *Traité des Hernies* », en 1924, donne sur les torsions épiploïques et leurs diverses modalités des notions nettes, et d'une précision presque définitive.

Les complications, d'origine herniaire, intéressant le grand épiploon, qui se passent dans le sac herniaire (tor-

sion intra-herniaire) sont bien connues et assez fréquentes.

Au contraire, celles qui se passent à l'intérieur de la cavité abdominale (*torsion intra-abdominale*) restent rares et sont d'une interprétation souvent difficile.

C'est à ce titre que Monsieur le Professeur Patel a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, en nous confiant une observation inédite prise dans son service de l'Hôtel-Dieu.

CHAPITRE II

Étude Clinique

M. B..., âgé de 62 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Patel, le 16 septembre 1924. On ne note rien de particulier dans ses antécédents.

Il est porteur depuis plus de 20 ans d'une hernie inguinale droite, qui est devenue progressivement de plus en plus difficile à maintenir par un bandage. Mais il n'en avait jamais souffert et ne s'en inquiétait pas.

Depuis le mois de juin 1924 cependant, selon ses dires, est apparue une grosseur dans le côté droit du ventre et en même temps sont survenues des douleurs dans la région épigastrique. Ces douleurs sont sourdes et continues. Elles revêtent parfois un caractère plus aigu, durant 2 ou 3 heures, obligeant le malade à rester couché en chien de fusil pour calmer une sensation de tension abdominale.

Ces crises apparaissent sans horaire fixe le jour ou la nuit. Elles ne s'accompagnent jamais de vomissement. Il n'y a jamais eu d'hématémèse, ni de méléna.

Depuis 2 mois ces crises sont devenues plus fréquentes et plus longues.

Comme le malade souffre, il a abandonné son bandage, et il a raconté qu'il a consulté à diverses reprises. Après des traitements médicaux variés il a consulté des chirurgiens. Un de ceux-ci a constaté, à l'intérieur de l'abdomen, la présence d'une tuméfaction volumineuse, et voyant un scrotum droit rempli plus que de coutume par une masse dure irréductible, augmentée de poids, porta sur lui le diagnostic de *cancer du testicule* et interpréta la tumeur abdominale, comme un envahissement ganglionnaire.

Le jugeant inopérable, on le renvoya chez lui. Quelques semaines après, il revient, se plaignant toujours de douleurs violentes : on lui conseille alors un traitement radiothérapique.

Et c'est ainsi que pendant deux mois, il subit plusieurs séances de radiothérapie profonde.

A son entrée dans le service du Professeur Patel, à l'Hôtel-Dieu, le 16 septembre 1924, on se trouve en présence d'un malade un peu pâle et amaigri mais non cachectique et ne présentant aucun trouble fonctionnel digne d'être signalé.

Son examen révèle :

1°) Au niveau de l'abdomen, dans la fosse iliaque droite une tumeur de la *grosseur d'une volumineuse orange*, irrégulière, allongée dans le sens oblique en haut et en dehors, retenue à la partie inférieure par un cordon dur plongeant dans le canal inguinal.

Les contours de cette tumeur sont peu nets, sa consis-

tance est ferme : elle paraît placée directement contre la paroi abdominale et semble mobile sur les plans superficiels et sur les plans profonds. Elle est mate à la percussion et ne donne pas lieu au signe du ballottement rénal.

2°) Au niveau du scrotum droit, une masse assez volumineuse dure, irrégulière, à la partie inférieure de laquelle on parvient à peine à différencier le testicule. Cette tuméfaction forme à la partie supérieure, *un gros cordon qui suit le cordon spermatique* et se prolonge avec lui dans l'abdomen où il rejoint la tumeur abdominale.

3°) *Si on mobilise la tumeur abdominale, ce qui peut se faire sans provoquer de douleur, la tumeur scrotale se mobilise avec elle.*

L'examen radioscopique après repas baryté et lavement bismuthé n'a rien révélé de particulier, ne montrant aucune modification dans la forme et dans la fonction du gros intestin.

Devant ces signes physiques, le diagnostic de tumeur du testicule fut rejeté formellement, la tumeur scrotale n'en ayant aucun caractère ; de plus, la tumeur abdominale ne présentait aucun signe permettant de dire qu'elle était rétro-péritonéale (absence de sonorité antérieure, absence de ballottement lombaire). L'état général encore bien conservé, l'absence d'œdème des jambes venaient encore confirmer cette opinion.

M. Patel posa très affirmativement le diagnostic de torsion épiploïque chronique intra-abdominale chez un porteur de hernie ancienne, ce qui le conduisit à intervenir.

Intervention le 19 septembre 1924.

Une longue incision est menée depuis la tumeur herniaire jusqu'à la hauteur de l'ombilic, bien en dehors de la gaine du droit.

On tombe dans la fosse iliaque droite sur un gâteau épiploïque qui fait songer un instant à la possibilité d'une appendicite torpide des gens âgés. Cependant le diagnostic de torsion épiploïque est bientôt vérifié. Il est évidemment impossible, sans être dangereux, et sans rencontrer de grosses difficultés, de tenter directement la libération intra-abdominale de cette masse. Aussi se reporte-t-on vers le scrotum et décidant une castration, on utilise le testicule et le cordon comme guides. On opère donc de bas en haut, et au niveau de l'orifice inguinal interne, en sectionne le canal déférent. Grâce au sac de hernie descendant jusqu'au testicule (voir la figure II, page 28), on énuclée facilement la masse épiploïque intra-abdominale, et l'on voit que la torsion commence au ras du colon transverse, et comprend l'épiploon tout entier.

En haut, la masse épiploïque présente un pédicule étroit qui est sectionné après ligature. Fermeture de la brèche à trois plans.

Suites opératoires idéalement simples.

Le malade quitte l'hôpital 16 jours après l'opération.

Le tableau clinique qu'a présenté le malade est assez particulier : en effet, le début a été très insidieux, la torsion s'est effectuée très lentement sans manifestation péritonéale. C'est la *forme lente et chronique de la torsion intra-abdominale*.

A côté de cette forme, il en existe une autre plus fréquente, *forme aiguë* dont le début est marqué par des

accidents brusques à caractère abdominal avec réaction péritonéale plus ou moins accusée.

Nous avons cru bon d'imager cette forme aigüe par une observation que nous avons empruntée à M. Vignard in Archives provinc. de chirurgie.

Mme X..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital, présentant des accidents d'occlusion intestinale un peu fruste, puisqu'elle émet encore quelques selles et quelques gaz.

Dans ses antécédents personnels et héréditaires, rien de particulier à signaler.

La seule chose à retenir, c'est qu'à plusieurs reprises déjà, elle a présenté des phénomènes analogues.

Enfin, une forte proportion de sucre est décelée dans ses urines.

A son entrée dans le service, la malade présentait un état général assez grave, bien qu'elle n'ait pas une suppression complète des matières et des gaz.

Le facies anxieux révélait l'infection péritonéale : les narines étaient pulvérulentes et les yeux excavés, les extrémités commençaient déjà à présenter des phénomènes de cyanose.

Le pouls était petit, fréquent. 120 pulsations.

La température était de 37°.

A l'examen général de l'abdomen, nous découvrons une obésité très prononcée, un ventre volumineux dont le pannicule adipeux extrêmement épais, retombait en une sorte de pli sur la racine des cuisses.

A l'examen local, c'est la région inguinale droite qui nous intéresse et nous percevons une masse allongée, parallèle à l'arcade crurale et s'étendant, d'autre part, au-dessus de cette dernière.

Cette tumeur allongée s'étendait jusqu'au voisinage de l'orifice externe ou inférieur, mais ne semblait pas l'avoir franchi, se terminant au niveau du tiers interne du trajet inguinal environ.

La palpation, assez difficile, en raison de la surcharge graisseuse des parois, révèle la forme générale d'un gros boudin de 8 à 9 centimètres de long à surface à peu près régulière. Un pédicule profond, tendu, semble, en haut, rattacher cette masse aux organes contenus dans l'abdomen. En bas, délimitation à peu près nette de son extrémité inférieure. Pas de sonorité, pas de fluctuation, aucune adhérence à la peau.

Le diagnostic de hernie inguinale avec torsion épiploïque intra-abdominale paraît évident. Le début des accidents remontant au mardi précédent, c'est-à-dire à quatre jours auparavant, en présence de l'état précaire de la malade, l'opération est décidée aussitôt.

L'anesthésie a lieu à l'éther et l'incision est faite sur la masse herniaire parallèlement à l'arcade crurale. Le canal inguinal est mis à jour et l'on se trouve en présence du sac. Celui-ci présente une épaisseur considérable et un aspect rougeâtre particulier qui le fait prendre pour une portion du gros intestin.

Pour confirmer ce jugement, on incise légèrement cet organe, il s'en échappe sous pression un liquide jaune diarrhéique, à odeur fécaloïde très prononcée, qui semblait confirmer l'idée qu'on avait incisé le gros intestin sans interposition du péritoine. Cette sorte de ponction exploratrice est refermée à l'aide de deux fils.

On agrandit alors par en haut l'incision des téguments et des plans sous-jacents.

On voit alors qu'il s'agit d'un véritable sac péritonéal, très épais, anormal par ses apparences, qui se continue plus haut avec une séreuse normale.

On l'incise à nouveau le sac dans toute son étendue, et on le trouve occupé par une masse épiploïque énorme, de consistance dure, dont le volume pouvait égaler celui d'une tête de fœtus. Cette portion renflée céphalique se continue insensiblement avec le reste de la tumeur, qui lui sert de pédicule.

Cet épiploon est verdâtre, gangrené en plusieurs points, et adhérent, dans sa portion inférieure, de toute part, au sac. Il n'y a pas d'intestin engagé. Les adhérences sont libérées avec quelque peine en raison de leur résistance.

Le doigt, introduit dans l'intérieur du sac, et dirigé du côté de l'abdomen pour découvrir l'orifice d'étranglement qui aurait empêché l'épiploon, une fois engagé, de revenir sur lui-même, ne découvre aucun anneau de constriction et pénètre facilement dans l'abdomen.

On trouve alors accolée contre la face postérieure de la paroi abdominale, une autre masse épiploïque. Celle-ci, moins volumineuse que la première, a la grosseur d'une mandarine : elle est tout aussi gangrenée, bien qu'elle fut libre. Cette masse est attirée dans le champ opératoire, représentée par le canal inguinal largement ouvert.

On se rend compte alors que le pédicule profond de cette tumeur est formé par une mince corde épiploïque assez tendue, qui est rattachée en arrière à une portion d'intestin que l'on ne peut reconnaître en raison du nombre de fausses membranes rougeâtres, ecchymoti-

ques, qui le recouvraient ; toutes les présomptions semblent cependant être en faveur du colon transverse.

Ce pédicule est coupé sur ligature, un gros drain et des mèches sont placés dans la fosse iliaque interne et la plaie est à peine rétrécie par un ou deux points de suture.

La malade est reportée dans son lit dans un état d'adynamie très grave, et meurt dans le collapsus, le lendemain dans la journée .L'autopsie n'a pu être faite.

L'examen de cette tumeur révèle qu'il y a deux masses épiploïques, l'une surmontant l'autre et séparées par une portion rétrécie où plusieurs trous de spire s'étaient produits. Les connexions de la tumeur abdominale avec le reste de l'épiploon étaient représentées par un pédicule se continuant avec l'intestin.

La rapidité de l'opération a empêché M. Vignard de rechercher si une autre torsion siégeait plus haut, vers l'arc du colon transverse, pouvant expliquer les phénomènes de gangrène qui avaient gagné la masse abdominale.

Comme on peut le voir par ces deux études cliniques, la symptomatologie est toute différente dans la forme aiguë et dans la forme chronique de torsion épiploïque intra-abdominale.

Forme chronique

Symptômes lents et insidieux, avec signes frustes d'obstruction intestinale, ou bien encore symptomatologie gastrique, comme nous l'avons vu dans l'observation de M. Patel.

Souvent l'attention est attirée sur la hernie préexistante ; on rattache alors les accidents abdominaux à ce sac herniaire habité.

Parfois aussi, on n'a aucun symptôme herniaire ; le sac est vide : on n'a que des signes abdominaux. Ce sont des malades qui ont des crises douloureuses intermittentes, de la constipation, un peu de fièvre ; puis tout rentre dans l'ordre, jusqu'à une nouvelle crise.

Forme aiguë

Dans la forme aiguë le tableau est tout différent :

Le début est brusque : chez un malade porteur d'une vieille hernie survient une vive douleur, et cela souvent sans cause apparente. La douleur s'étend à la partie inférieure de l'abdomen ; il y a des vomissements. Une constipation incomplète : en effet, la matière et les gaz passent toujours quelque peu. Ces malades sont anxieux. Leur facies est péritonéal, le pouls est petit, rapide. La

hernie devient douloureuse, volumineuse. Mais le syndrome abdominal captive toute l'attention.

Comme l'a dit LEJARS : l'exploration de l'abdomen fournit le meilleur élément de diagnostic.

On sent une tumeur volumineuse atteignant parfois la grosseur d'une tête de fœtus, dans une fosse iliaque. Cette tumeur remonte très haut. Elle paraît collée à la paroi abdominale et est douloureuse à la palpation. Si on l'examine minutieusement, on voit qu'elle ne s'arrête pas à l'arcade crurale, mais qu'elle se perd en se rétrécissant dans la hernie même.

« Cette continuité des deux masses abdominale et herniaire, lorsqu'elles sont dûment constatées, devient un élément important d'appréciation clinique » (Lejars).

CHAPITRE III

Étiologie

Il s'agit presque toujours de malade porteur de hernie inguinale, plus exactement d'une épiplocèle et d'une épiplocèle ancienne.

Dans la majorité des cas, l'épiplocèle est une épiplocèle inguinale droite ; le plus souvent elle est ancienne, 10-15 ans, 20 ans dans le cas de M. Patel.

Habituellement ces hernies sont réductibles, jusqu'au moment des accidents où alors la hernie devient irréductible.

Dans le premier cas que nous avons relaté, le malade croyait sa hernie complètement réduite et, comme il n'en souffrait absolument pas, il n'attirait en aucune façon l'attention sur elle. Il avait même, devant l'apparition des douleurs abdominales, quitté son appareil de contention et cru sa hernie guérie puisqu'elle ne sortait plus.

Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes.

Les causes qui favorisent ces torsions épiploïques sont toutes les inflammations pouvant atteindre l'épiploon :

appendicite, annexite. On a invoqué avec raison les tumeurs abdominales.

Les causes déterminantes sont nombreuses.

Souvent l'*omento volvulus* ou torsion épiploïque intra-abdominale totale, survient brusquement, sans cause apparente. Chez un autre malade de M. Patel « la hernie devint brusquement douloureuse et irréductible ».

Le rôle de l'effort paraît indéniable ; le plus fréquemment, le malade rapporte l'origine de ses accidents à un effort violent (nombreuses observations).

Lejars a également insisté sur le taxis qui agit à la fois en irritant l'épiploon et en exagérant sa mobilité.

Enfin, croyons-nous, le bandage, en contact constant avec le contenu herniaire, doit être invoqué également comme agent d'irritation d'une épiplocèle mal réduite et déterminant ainsi des accidents de torsion.

CHAPITRE IV

Pathogénie

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de ces torsions épiploïques intra-abdominales. Mais, comme disait LUCAS CHAMPIONNIÈRE : « On n'en connaît aucune qui soit vraiment satisfaisante ».

Quoiqu'il en soit, il existe toujours des conditions mécaniques qui favorisent et réalisent ces torsions.

Il faut, en général, à l'épiploon, deux points fixes pour se tordre : fixé en haut au colon, en bas au sac herniaire, l'épiploon se tord pour peu que la partie intra-abdominale de l'épiploon prédomine du côté de la corde épiploïque, à « *la façon d'une serviette que l'on enroule en la maintenant tendue par deux de ses angles opposés* » (BEUDER) ; « *comme un drapeau autour de sa hampe* » (MORESTIN) ; ou mieux « *comme la flamme autour de la drisse* » (TIXIER et BONNET).

A côté du point d'insertion colique, point fixe supérieur, le malade de notre premier cas a réalisé le point fixe inférieur par le port d'un bandage, d'une pelote

qui traumatisait de façon continue son épiplocèle mal réduite et créait ainsi des *adhérences multiples* entre l'épiploon intra-herniaire et son sac.

Cette disposition explique que l'épiploon entièrement adhérent dans son trajet sacculaire n'ait pu, à ce niveau, participer au mouvement de torsion. Ce mouvement a porté uniquement sur la portion abdominale comme le montrent nos figures. Il ne pouvait y avoir et il n'y avait aucune modification du côté d'une hernie fixée en sa forme et immobilisée dans son sac par des adhérences..

Dans ces conditions on comprend qu'ait manqué toute la symptomatologie herniaire, si précieuse dans la discussion du diagnostic.

Dans d'autres cas, *il n'y a pas d'adhérences* de l'épiploon dans le sac herniaire.

La torsion alors peut se faire autour du point fixe de l'insertion colique du fait du poids de la masse épiploïque herniée. C'est alors qu'interviennent, comme cause occasionnelles, le péristaltisme intestinal, les tentatives de réduction qui mobilisent la masse dans le sens latéral ne pouvant lui faire franchir l'orifice, et créent de petites suffusions hémorragiques, amorces d'adhérences.

Les tentatives de taxis peuvent aussi aboutir à une réduction partielle : alors qu'une partie de l'épiploon, en raison de son volume, reste intra-sacculaire et ne peut être réduite, d'autres franges épiploïques, plus flottantes, finissent, sous l'effort du taxis, par rentrer dans le ventre, irritées, altérées, donc atteintes d'épiploïte, et vont se transformer en une masse lourde, susceptible de se tordre.

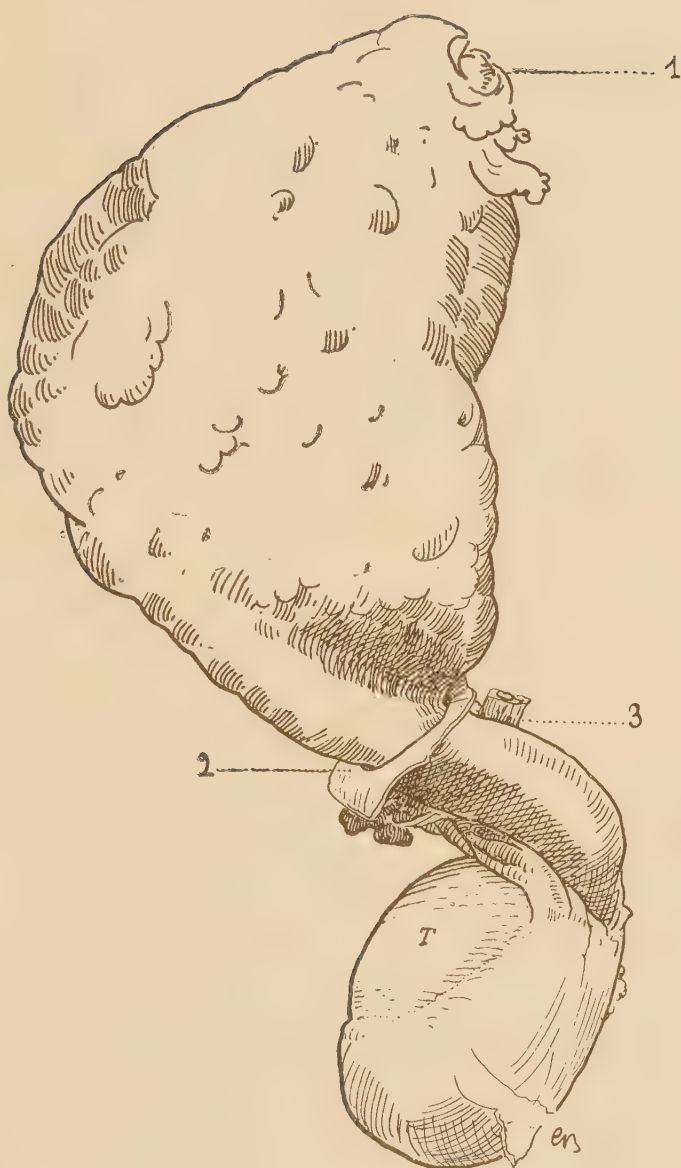


Fig. I. — 1^o Pédicule tordu au niveau de l'insertion colique.
 2^o Collet du sac herniaire.
 3^o Canal déférent et ses éléments.

Payr émet la théorie suivante pour expliquer la torsion de l'épiploon : l'omento-volvulus est due à une stase veineuse et à l'inégalité de développement des tumeurs qui, en déplaçant le centre de gravité de la masse épiploïque, expliquerait la torsion.

Pour Jaboulay et Patel, il n'est pas douteux que les mouvements incessants dont l'épiploon est animé, interviennent d'une façon constante pour faciliter la torsion.

Ces auteurs font remarquer la fréquence du chevauchement et de l'imbrication des franges épiploïques dans les épiplocèles.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

La torsion de l'épiploon coexiste toujours avec des lésions de celui-ci : il ne peut y avoir, en effet, de torsion sans épiploïte associée primitive ou secondaire à la torsion.

Dans le premier cas de torsion chronique, *l'épiploon est seulement tordu dans sa portion abdominale.*

En se portant aux figures du texte, on comprend facilement qu'il ne pouvait pas en être autrement ; en effet, la hernie était pratiquement guérie, puisque l'orifice du canal inguinal était clos par un véritable bouchon épiploïque adhérent, et le sac herniaire était comblé par une corde épiploïque également adhérente en totalité. D'ailleurs, le malade avait enlevé son bandage et crut la hernie guérie puisqu'elle ne sortait plus.

En examinant la pièce opératoire de ce malade, nous avons vu qu'elle comprenait le grand épiploon en totalité. Le pédicule supérieur colique reste de dimensions minimales, celle d'un crayon environ. Le pédicule inférieur, au contraire, est du volume d'un gros pouce.



Fig. II. — Sac herniaire ouvert.

Il est fixé à l'anneau inguinal interne. Son diamètre se prête mal à une torsion complète.

En effet, autant qu'on a pu se rendre compte au moment de l'intervention, la torsion est à peine d'un tour et, vu la grosseur du pédicule inférieur, il ne pouvait en être autrement.

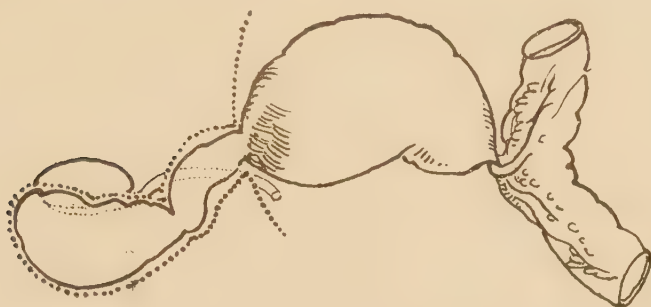


Fig. III. — Vue d'ensemble schématique.

A l'ouverture de l'abdomen, la masse épiploïque ramassée sur elle-même, forme un gâteau du volume d'un très gros poing. Sa consistance est pâteuse. La souplesse habituelle a disparu, si bien que la première impression a été qu'il s'agissait d'un épiploon, venant recouvrir un appendice malade.

En pratiquant une coupe verticale de la pièce enlevée, on constate que l'épiploon est disposé à la façon d'un cornet limitant un espace clos. Certains auteurs signalent que cette cavité centrale close contient un liquide hématique plus ou moins abondant. Il n'en était pas ainsi dans notre observation. Les limites de la poche sont faites de franges épiploïques, congestives, violacées, in-

jectées de sang, mais ne laissant transsuder aucune sérosité. Ces franges ont l'apparence de caillots sanglants organisés.

Au microscope, les fragments examinés ne montrent pas de lésions bien particulières.

On y rencontre les infiltrations hémorragiques décrites habituellement, plus marquées vers le centre de la tumeur qu'à sa superficie, et une infiltration lymphocytaire très marquée.

Dans le deuxième cas de torsion aigüe, nous avons la *double torsion* ; torsion au niveau de l'épiploon intra-herniaire et une torsion intra-abdominale au voisinage du colon transverse.

En examinant macroscopiquement la pièce opératoire, on voyait qu'elle était représentée par deux masses bien distinctes, l'une surmontant l'autre, et séparées par une portion rétrécie où plusieurs tours de spire s'étaient produits, le tout revêtant grossièrement l'aspect d'un sablier.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic des torsions épiploïques intra-abdominales est parfois malaisé.

Pour l'omento-vulvulus le tableau clinique est resté surtout abdominal, le malade n'attirant pas l'attention sur sa hernie qu'il croyait guérie ; habituellement il n'en est pas ainsi.

Notre premier malade présente des crises de coliques abdominales d'une certaine acuité. Ces crises durent de deux à trois heures et se répètent sans horaire fixe. Elles sont greffées sur un fond de douleurs abdominales vagues, qui donnent à la maladie un caractère de chronicité. Il n'y a pas de signe d'obstruction intestinale, ni vomissement. Pas de température.

A l'examen, on perçoit dans la fosse iliaque une tumeur superficielle et mobile, qui se continue dans le canal inguinal. Lejars a beaucoup insisté sur la valeur diagnostique de la continuité de la tumeur abdominale avec le contenu herniaire.

En plus, les mouvements imprimés à la masse intra-abdominale qui étaient transmis au testicule doivent être, lorsqu'ils sont constatés, un gros facteur de diagnostic.

Mais longuement a été discuté chez notre premier malade, le *diagnostic de cancer du testicule avec adénopathie lombo-aortique*.

Ce diagnostic était basé sur le fait que le testicule était volumineux et lourd ; le malade n'attirait en rien l'attention sur sa hernie, l'épiplocèle adhérente faisait, évidemment, songer à un cordon un peu gros.

Dans ces conditions un pareil ensemble de phénomènes rendait plausible et défendable une telle interprétation. Mais celle-ci, cependant, ne résistait pas à un examen plus approfondi. La tumeur abdominale était superficielle et donnait l'impression d'être accolée à la paroi abdominale antérieure. Elle se distinguait, de ce fait, des masses ganglionnaires néoplasiques qui accompagnent les tumeurs du testicule.

Ces masses sont plus médianes et surtout plus profondes, puisque rétro-péritonéales.

La continuité de la masse abdominale avec la masse scrotale se dévoilait par les mouvements transmis de l'une à l'autre.

Enfin, la notion capitale qui veut qu'on tienne toujours compte de l'existence antérieure d'une hernie, venait encore s'ajouter aux éléments du diagnostic.

Le diagnostic de la torsion épiploïque intra-abdominale lente se basera donc : 1° Sur la notion antérieure d'une hernie ; 2° Sur l'existence d'une tumeur abdomi-

nale dont les mouvements sont transmis à la tumeur scrotale.

Il faudra penser aux torsions des autres organes abdominaux dont la symptomatologie peut être la même : torsion de kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé.

Enfin, toutes les tumeurs abdominales peuvent être confondues avec les torsions épiploïques.

Dans les formes aiguës de torsion intra-abdominale le tableau clinique est bien souvent celui d'une appendicite, tel le cas de ce jeune homme de 28 ans opéré, il y a 2 mois, à la Porte à l'Hôtel-Dieu, pour une appendicite, qui présentait une torsion épiploïque intra-abdominale aiguë.

On a, en effet, souvent un début très brusque, avec des accidents à caractère abdominal, une réaction péritonéale parfois très marquée, un facies grippé, de la constipation, des nausées, avec parfois des vomissements.

Cependant, un examen approfondi révélera d'abord que la douleur ne siège pas exactement au point de Mac Burney, que la tumeur abdominale est plus régulièrement arrondie, plus superficielle, plus contre la paroi qu'un plastron appendiculaire et que « cette tumeur n'a pas d'induration inflammatoire autour d'elle ; dans un abcès appendiculaire de ce volume, l'empâtement est obligatoire » (BROCA).

En outre, il y a souvent deux tumeurs : une abdominale et une herniaire ; on trouve alors la *corde épiploïque de Velpeau*, qui manque rarement, c'est le meilleur élément de diagnostic.

Dans les formes aiguës, il faudra écarter le diagnostic de tous les grands syndromes abdominaux, et se baser sur un signe clinique qui a, dans certains cas, une très grosse valeur : la discordance qui existe entre les phénomènes locaux intenses et les phénomènes généraux relativement bons.

CHAPITRE VII

Pronostic

Le pronostic de ces affections reste grave, comme celui de toutes les torsions des organes intra-abdominaux, et est fonction de la précocité de l'intervention dans les formes aiguës.

Dans les formes lentes le pronostic est moins réservé : certains malades supportent pendant plusieurs mois leurs tumeurs qui se tordent lentement.

Certaines complications propres aux torsions de l'épiploon viennent parfois aggraver le pronostic : des hémorragies gastro-intestinales peuvent se produire (observation de Moresco-Pérrier), des infarctus, le sphacèle de la tumeur, et aussi la rupture du pédicule, toutes complications que l'on évitera par une intervention précoce et au grand jour.

CHAPITRE VIII

Traitement

Le traitement des torsions épiploïques intra-abdominales aiguës ou lentes ne se discute plus aujourd'hui.

Lejars a dit que « dans toutes les torsions aiguës ou lentes, la laparotomie s'impose à une heure plus ou moins tardive, suivant la forme et la gravité des accidents. On ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions.

On est alors conduit à une *intervention rapide radicale qui demande l'ablation de la tumeur*, car les lésions chroniques surtout, s'aggravent progressivement avec le temps. D'autre part, elles réalisent peu à peu des adhérences, surtout intestinales qui rendront une intervention retardée plus difficile et plus dangereuse.

Il faut explorer largement la lésion, il faut pratiquer *une longue hernio-laparotomie* ; car on doit se souvenir que le pédicule supérieur peut siéger haut et risquer de passer inaperçu.

Enfin, à cette ablation large de la tumeur, il faut associer la castration. Cette indication peut paraître un peu disproportionnée, mais elle présente de tels avantages, que lorsque les conditions d'âge l'autorisent, elle doit être recommandée. Dans le cas de notre Maître, M. Patel, elle a permis une intervention rapide, utilisant le sac et le cordon comme guides. Elle a permis une libération facile dans l'abdomen de la masse épiploïque, puisqu'on conservait la hernie comme pédicule conducteur.

Elle a permis enfin, après cette intervention rapide, une reconstitution solide des parois.

« Sans elle, la libération du sac herniaire d'avec le testicule et le cordon et ses éléments aurait été malaisée, laborieuse. Sans elle il aurait été difficile d'attaquer et de libérer l'épiploon intra-abdominal tordu. Sans elle la paroi eut été reconstituée moins parfaitement ».

La castration nous paraît donc légitime dans ces cas, comme elle l'est dans la cure de certaines hernies des hommes âgés.

CONCLUSIONS

I. — Les torsions épiploïques intra-abdominales revêtent deux formes bien distinctes : *une forme aigüe et une forme lente.*

II. — Le diagnostic sera basé sur :

1° La présence d'une hernie ancienne, irréductible, correspondant au type d'épiplocèle adhérente.

2° L'existence d'une tumeur abdominale ayant les caractères d'une tumeur épiploïque : masse superficielle, collée contre la paroi, mate. Elle se prolonge par un cordon dur jusqu'au voisinage de la tumeur scrotale et cette continuité entre la tumeur abdominale et le contenu herniaire est un signe caractéristique.

3° La constatation des mouvements imprimés à la masse intra-abdominale et transmis au testicule : ce signe constituant une valeur incontestable.

III. — L'absence de douleur, indication fréquente d'une torsion, n'est pas un signe absolument net, puisque, à côté des formes aigües, il existe des formes lentes.

IV. — Le traitement consistera dans l'ablation de la masse épiploïque modifiée, en pratiquant une longue incision de hernio-laparotomie.

La résection de l'épiploon doit être totale, faite au ras du colon transverse.

On s'aidera pour cette résection épiploïque, de la castration avec section haute du cordon, ce qui simplifiera beaucoup l'intervention.

Elle devra être la règle chez les sujets d'un certain âge.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

M. PATEL.

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Juin 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDIER. — Thèse Lyon, 1903-1904.
- VON BARACZ. — Deutsche Leitschrift für Chirurgie 1900, Bd. 54, page 584.
- BAYER. — Centralblatt für Chirurgie, 1898, n° 17, page 462.
- BRUNET. — Thèse Paris, 1900.
- CAPELLE. — Société Anatomique, 1903, page 539.
- CERNEZZI. — La Clinica Chirurgica, 31 mars 1909, page 664,
La torsion du grand épiploon. Discussion.
- CHAVANNAZ. — Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 28 juin 1900, page 601.
- DEMONS. — Revue de Chirurgie, 1893.
- FIÈRE. — Thèse Lyon, 1922.
- FUISTERER. — Beitrage z. Clin. Chirurg. 1910, page 521.
- HEITZ et BENDER. — Revue de Gynécologie, n° 4, P. 611, 1901.
- HEITZ ET BENDER. — Société Anatomique, novembre 1900, p. 957.
- HOCHENEQQ. — Société Impériale et Royale de Médecine de Vienne. (Wiener Klin. Vorschenschr., 29 mars 1900.)
- LEJARS. — Semaine Médicale, 13 février 1907, page 73.
- LUCAS, CHAMPIONNIÈRE, POTHERAT. — Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, 9 mai 1900.
- LUCAS, CHAMPIONNIÈRE, MAUBAN. — Société Anatomique, 21 mars 1901.
- PATEL. — Traité des Hernies, 1924 (Le Dentu et Delbet).
- PICK. — Medical Record, 3 mars 1900, page 390.
- POTHERAT. — Société de Chirurgie, Paris, 9 juin 1909, page 737.

- PRITZELS. — Beitrage sur Klin. Chirurg., 1906, Bd. XLVIII, page 118.
- RIEDEL. — Münch. Méd. Woschen Schriff., 21 novembre 1905.
- ROCHE. — Thèse Paris, 1904-1905.
- SMYTHE. — Surgerey Gynecology and Obstetr., Oct. 1906, page 531.
- SONNENBURG. — Archives internationales de Chirurgie, 1903, page 1.
- SOULIGOUX ET DESCHAMPS. — Société Anatomique, 15 mars 1901, page 229.
- TRÉMOLIERE. — Société Anatomique, 1903, page 693.
- TUFFIER. — Société Chirurgie, 1901, page 547.
- VIGNARD et GIRAUDÉAU. — Archives Provinciales de Chirurgie, 4 avril 1903, page 206.
- WALTER. — Société de Chirurgie, 9 mai 1900, page 525.
- WIENER. — Annal of Surgerey, novembre 1900.
-

TABLE DES MATIERES

Chapitre I. — Introduction. — Aperçu historique.	9
Chapitre II. — Etude clinique	11
Chapitre III. — Etiologie	21
Chapitre IV. — Pathogénie.....	23
Chapitre V. — Anatomie pathologique	27
Chapitre VI. — Diagnostic	31
Chapitre VII. — Pronostic	35
Chapitre VIII. — Traitement.....	37
Conclusions	39
Bibliographie.....	41
